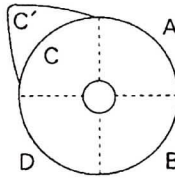
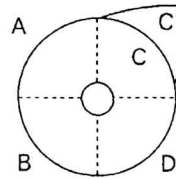


受診日	年 月 日	豊中市乳がん検診記録票		受診票号					
フリガナ 氏名				生年月日	西暦	年 月 日 () 歳			
住所	〒 豊中市				電話				

問診票 (記入、または当てはまる項目に○印をつけてください。)

① 今まで乳がん検診や乳腺の診療で次の検査を受けたことがありますか? 〈マンモグラフィ〉 ない・ある⇒ () 年前 〈乳腺超音波(エコー)〉 ない・ある⇒ () 年前	⑨ 現在の乳房の症状について 症状が ない・ある (いつから) ある場合はお答えください 1.痛み(右・左) 2.しこり(右・左) 3.乳房・乳頭変形(右・左) 4.乳頭分泌(右・左) 5.その他() 異常のある部位を 図内に記入 してください 
② 豊胸術を受けたこと、ペースメーカーの装着、VPシャントあるいはCVポートの留置がありますか? ない・ある() ※「ある」場合、豊中市乳がん検診は受診できません。 医療機関へご確認ください	
③ 現在妊娠していますか? はい・いいえ	⑩ 乳がんの自己触診をしていますか? していない・時々する・毎月する
④ 身長 _____ cm 体重 _____ kg 利き腕(右・左・両方)	
⑤ 月経について 初潮 _____ 歳 閉経 _____ 歳 ↓閉経していない方 最終月経(月 日から 日間) 規則的・不規則	⑪ 乳腺の病気になることがありましたか? ない・ある(乳腺炎・乳腺症・乳がん・その他) ※乳腺・乳房の病気で治療中または経過観察中の方は、 豊中市乳がん検診の対象ではありません。
⑥ 妊娠歴について 妊娠回数()回 そのうち出産()回 流・早産()回	
⑦ 授乳歴について なし・あり(母乳のみ・混合) 母乳分泌の左右差(なし・あり)	⑫ 婦人科の手術を受けたことがありますか? ない・ある(歳) (1.両卵巢摘出 2.片卵巢摘出 3.卵巢の摘出なし)
⑧ 血縁者の乳がんの有無 なし・あり(母・祖母・おば・姉・妹・他())	

乳がん検診視触診所見 検診機関 () 診察医 ()

乳房の形態 乳腺の評価	対称・非対称(先天的・後天的) 乳房切除(右・左)
	大きさ : 小・中・大(乳腺性・脂肪性) 乳腺の硬さ: 軟・中間・硬
異常所見	なし・あり(右・左)
右乳房	
腫瘤・硬結 大きさ () 形(球・卵・平盤・不整形) 硬さ(軟・硬) 表面(平滑・顆粒状・凹凸) 可動性(良・不良) 境界(明瞭・不明瞭) その他() 	腫瘤・硬結 大きさ () 形(球・卵・平盤・不整形) 硬さ(軟・硬) 表面(平滑・顆粒状・凹凸) 可動性(良・不良) 境界(明瞭・不明瞭) その他() 
乳頭異常: びらん・陥没 乳頭分泌: 血性・漿液性・乳性 リンパ節腫張(脇窩・鎖骨上) 軟・硬 大きさ() その他()	乳頭異常: びらん・陥没 乳頭分泌: 血性・漿液性・乳性 リンパ節腫張(脇窩・鎖骨上) 軟・硬 大きさ() その他()
視触診判定	1. 精検不要 2. 要精検 3. 実施なし